

ANALISIS DETERMINAN KARAKTERISTIK KELUARGA DAN PEMENUHAN HAK KESEHATAN ANAK SERTA DAMPAKNYA TERHADAP STATUS GIZI

Analysis Determinants of family Characteristics and Child Health Rights Fulfillment and Impact on Nutrition Status

Emillia Rahmariza, Ikeu Tanziha, Dadang Sukandar

Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor
(emillia.rahmariza@gmail.com)

ABSTRAK

Kota Depok pada tahun 2013 menerima penghargaan Kota Layak Anak (KLA) dalam peringatan Hari Anak Nasional. Depok sebagai Kota Layak Anak diharapkan dapat memenuhi hak kesehatan anak. Disisi lain, jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk di Kota Depok adalah 5138 orang atau sebanyak 4.62%. Nilai ini meningkat dari tahun 2011 yaitu sebesar 4.4%. Penelitian ini bertujuan menganalisis pemenuhan hak kesehatan dan dampaknya terhadap status gizi anak. Desain penelitian menggunakan *cross sectional study*. Penelitian dilaksanakan dari bulan Juni-Agustus 2013 di Kelurahan Cipayung Jaya dan Kelurahan Bojong Pondok Terong, Depok. Subjek dalam penelitian ini adalah anak yang berusia 0-18 tahun. Penelitian ini mengambil sampel sebanyak 120 orang, 60 orang di Kelurahan Cipayung Jaya dan 60 orang di Kelurahan Bojong Pondok Terong. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Pengambilan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pengukuran TB, penimbangan BB, status gizi (IMT), dan *food recall (2x24 hours)*. Analisis data menggunakan statistik deskriptif, uji beda, dan uji regresi linear berganda. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pemenuhan hak kesehatan anak berdasarkan karakteristik keluarga, karakteristik anak, pengetahuan gizi ibu, dan status gizi. Berdasarkan analisis regresi berganda yang berpengaruh terhadap pemenuhan hak kesehatan anak adalah pendidikan ibu. Status gizi tidak dipengaruhi oleh pemenuhan hak kesehatan anak.

Kata kunci : Hak kesehatan anak, status gizi, pendidikan ibu

ABSTRACT

In 2013 Depok received appraisalment as the city of Eligible Children in the National Children's Day. Depok is expected to fulfill the right related children health. On the other hand, the number of stunting and malnutrition in Depok is 5138 people or as much as 4.62%. This value is increased from 2011 amounting to 4.4%. This study aimed to analyze the fulfillment of the right and its impact on children's nutritional status. This research design using cross sectional study. The research was conducted from June 2013 to August 2013 in Kelurahan Cipayung jaya and Kelurahan Bojong Pondok Terong, Depok. Subjects in this study were 0-18 years old children. This study took a sample of 120 people, 60 people in Kelurahan Cipayung Jaya and 60 people in Kelurahan Bojong Pondok Terong. The sampling technique used was purposive sampling. Data retrieval in this study was the measurement of body high, weight, nutritional status, and a food recall (2x24 hours). The data analysis using descriptive statistics, balance test, and multiple linear regression test. These results indicate that there are differences in the fulfillment of children health by family characteristics, children characteristics, maternal knowledge about nutritional and nutritional status. Based on regression analysis, mother's education is affect the fulfillment of children's health. Nutritional status is not affected the fulfillment of children's health.

Keywords: The right to health of children, nutritional status, maternal education

PENDAHULUAN

Peraturan tentang hak anak di Indonesia secara hukum internasional dimulai sejak pengesahan Konvensi Hak Anak (KHA) melalui Keputusan Presiden nomor 36 tahun 1990. Pada Konvensi Hak Anak disebutkan bahwa anak merupakan potensi sumber daya insani bagi pembangunan nasional karena itu pembinaan dan pengembangannya dimulai sedini mungkin agar dapat berpartisipasi secara optimal bagi pembangunan bangsa dan negara. Pembinaan kesejahteraan anak tidak hanya merupakan tanggungjawab orang tua, keluarga, bangsa, dan negara melainkan diperlukan juga kerjasama internasional.

Pasal 17 Undang-Undang Kesehatan 1992 mengatur mengenai jaminan kesehatan khusus diarahkan pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Jaminan kesehatan diarahkan pada peningkatan kesehatan selama masa kandungan, masa bayi, masa balita, usia prasekolah, dan usia sekolah. Pada pasal lainnya, terkait kesehatan anak, diatur dalam pasal 45 tentang kesehatan di sekolah. Arah dari jaminan kesehatan anak di sekolah ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan sekolah untuk kepentingan tumbuh kembang anak yang optimal. Pemenuhan hak atas kesehatan dimulai dari peningkatan kesehatan ibu dan anak yang dilakukan secara menyeluruh. Selanjutnya, upaya pemenuhan lain harus mengarah pada pencegahan munculnya kasus gizi buruk dan pencegahan munculnya bencana penyakit lain. Upaya ini termasuk di dalamnya peningkatan penyediaan layanan air minum dan sanitasi kepada masyarakat, imunisasi pada bayi, antisipasi penyakit di wilayah tropis, misal pencegahan penyebaran akibat nyamuk malaria dan sebagainya.¹

Menurut Hartomo, Deputy Tumbuh Kembang Anak, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak pada acara Sosialisasi Pengembangan Kota Layak Anak di Depok, keberhasilan pembangunan ditentukan oleh sumber daya manusia, dan kualitas sumber daya manusia Bangsa Indonesia ditentukan oleh pembangunan Kesejahteraan dan Perlindungan Anak (KPA) saat ini, oleh sebab itu paradigma harus diubah yaitu menempatkan posisi anak sebagai investasi masa depan, bukan sebagai aset. Untuk itu, diperlukan sebuah program yang mengawal secara penuh masalah anak sejak periode usia anak 0-18

tahun, dan berdasarkan PP No.38 dan 41 tahun 2007, menyebutkan bahwa masalah anak menjadi urusan wajib pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Pemerintah telah menyiapkan sebuah program yang diberi nama Kota Layak Anak, yaitu sistem pembangunan suatu wilayah administrasi yang mengintegrasikan komitmen dan sumber daya pemerintah, masyarakat, dan dunia usaha dalam rangka memenuhi hak anak yang terencana secara menyeluruh (holistik) dan berkelanjutan (*sustainable*) melalui pengarusutamaan hak anak.²

Pemerintah melalui Kabinet Bersatu jilid II telah merubah nomenklatur kelembagaan dari Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan berubah menjadi Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Dengan skala prioritas masalah anak, dan dimasukkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014. Pemerintah Kota Depok bertekad untuk menjadikan Depok sebagai kota layak anak dan *cyber city*, hal ini dibahas dalam RPJMD 2011. Kota Depok pada tahun 2013 menerima Penghargaan Kota Layak Anak (KLA) dalam Peringatan Hari Anak Nasional.³ Disisi lain, jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk di Kota Depok adalah 5138 orang atau sebanyak 4.62%. Nilai ini meningkat dari tahun 2011 yaitu sebesar 4.4%.⁴ Status gizi balita sangat penting untuk diperhatikan karena secara luas memiliki dampak besar dan berkepanjangan pada status kesehatan anak, perkembangan fisik dan mental serta produktivitas anak saat dewasa.⁵ Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan kajian secara lebih mendalam mengenai pemenuhan hak kesehatan anak dan dampaknya terhadap status gizi di Kota Depok.

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional study* yang dilaksanakan di Kelurahan Cipayung Jaya dan Kelurahan Bojong Pondok Terong, Depok. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara *purposive* yang diambil berdasarkan adanya isu terkait pemenuhan hak anak dan merujuk pada tipologi kelurahan perbatasan dengan batas wilayah yang memiliki karakteristik berbeda. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Agustus 2013. Cara pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Kriteria inklusi adalah

ibu yang memiliki anak yang berusia 0-18 tahun dan bersedia dijadikan sebagai subjek. Subjek dialokasikan menjadi 2 (dua) kelompok, kelompok Kelurahan Cipayung Jaya (n=60) dan kelompok Kelurahan Bojong Pondok Terong (n=60).

Data primer berupa data subjek termasuk meliputi karakteristik keluarga (nama ibu, usia ibu, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, dan jumlah anak), karakteristik anak (nama subjek, usia subjek, jenis kelamin subjek, dan berat badan lahir subjek), konsumsi pangan, pengetahuan ibu tentang gizi, pola asuh kesehatan, berat badan, tinggi badan, dan status gizi. Data subjek diperoleh melalui wawancara dengan ibu dan anak menggunakan kuesioner, konsumsi pangan diperoleh melalui *2x24 hours food recall*, status gizi diperoleh dengan menimbang berat badan dan

mengukur tinggi badan subjek kemudian di ukur berdasarkan *Z-score* standar WHO. Proses pengolahan data meliputi kegiatan *editing, coding, entry* dan *cleaning* menggunakan program *Microsoft Excel 2013, SPSS version 20.0 for Windows* dan *SAS version 9.1 for Windows*.

Analisis statistik deskriptif dilakukan pada data karakteristik keluarga, karakteristik anak, konsumsi pangan, pengetahuan ibu tentang gizi, berat badan, tinggi badan, dan status gizi. Untuk menganalisis perbedaan karakteristik keluarga, karakteristik anak, pengetahuan ibu terhadap gizi, status gizi dengan pemenuhan hak kesehatan anak menggunakan *independent sample t-test* dan *one way ANOVA* dengan uji lanjut *duncan*.

Tabel 1. Sebaran Contoh Berdasarkan Tingkat Kecukupan Energi, Protein dan Pola Asuhan Kesehatan

| Sebaran Contoh | Balita | | Usia Sekolah | | Remaja | | Total | |
|--|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Tingkat kecukupan energi (% AKG) | | | | | | | | |
| Defisit tingkat berat (<70) | 15 | 37.5 | 21 | 52.5 | 25 | 62.5 | 61 | .0 |
| Defisit tingkat sedang (70-79) | 8 | 20.0 | 6 | 15.0 | 6 | 15.0 | 20 | 9.2 |
| Defisit tingkat ringan (80-89) | 4 | 10.0 | 4 | 10.0 | 2 | 5.0 | 10 | 9.2 |
| Normal (90-119) | 6 | 15.0 | 5 | 12.5 | 6 | 15.0 | 17 | 14.2 |
| Lebih $\geq 120\%$ | 7 | 17.5 | 4 | 10.0 | 1 | 2.5 | 12 | 7.5 |
| Rata-rata asupan \pm SD ^a | 1095.40a \pm 656.51 | | 1380.10b \pm 496.28 | | 1398.90b \pm 536.66 | | 1291.40 \pm 579.48 | |
| Rata-rataTK \pm SD ^a | 88.62b \pm 53.87 | | 73.15ab \pm 28.30 | | 61.45a \pm 24.91 | | 74.41 \pm 39.27 | |
| <i>p-value = 0.007*</i> | | | | | | | | |
| Tingkat kecukupan protein (% AKG) | | | | | | | | |
| Defisit tingkat berat (<70) | 14 | 35.0 | 23 | 57.5 | 35 | 87.5 | 72 | 60.0 |
| Defisit tingkat sedang (70-79) | 6 | 15.0 | 4 | 10.0 | 1 | 2.5 | 11 | 9.2 |
| Defisit tingkat ringan (80-89) | 5 | 12.5 | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 | 11 | 9.2 |
| Normal (90-119) | 9 | 22.5 | 5 | 12.5 | 3 | 7.5 | 17 | 14.2 |
| Lebih $\geq 120\%$ | 6 | 15.0 | 3 | 7.5 | 0 | 0.0 | 9 | 7.5 |
| Rata-rata asupan \pm SD ^a | 23.58a \pm 11.86 | | 34.67b \pm 13.59 | | 34.50b \pm 15.40 | | 30.92 \pm 14.54 | |
| Rata-rataTK \pm SD ^a | 84.50b \pm 40.00 | | 71.57b \pm 32.26 | | 51.82a \pm 22.17 | | 69.30 \pm 34.76 | |
| <i>p-value = 0.000*</i> | | | | | | | | |
| Pola Asuh Kesehatan | | | | | | | | |
| Kurang | 0 | 0.0 | 4 | 10.0 | 8 | 20.0 | 12 | 10.0 |
| Sedang | 11 | 27.5 | 13 | 32.5 | 8 | 20.0 | 32 | 26.7 |
| Baik | 29 | 72.5 | 23 | 57.5 | 24 | 60.0 | 76 | 63.3 |
| Rata-rata \pm SDa | 84.90 \pm 8.67 | | 79.40 \pm 14.80 | | 77.12 \pm 20.02 | | 80.47 \pm 15.44 | |
| <i>p-value = 0.068</i> | | | | | | | | |

Sumber : Data Primer, 2013

HASIL

Subjek dalam penelitian ini adalah anak yang berusia 0-18 tahun, terdiri dari 40 anak balita, 40 anak sekolah, dan 40 anak remaja. Pemenuhan hak kesehatan anak dibagi menjadi 2 kategori yaitu terpenuhi dan tidak terpenuhi. Pemenuhan hak kesehatan anak dilihat dari tingkat kecukupan energi dan protein dan pola asuh kesehatan anak. Pemenuhan hak kesehatan anak secara ke-

seluruhan tidak terpenuhi. Hanya 30% anak yang terpenuhi hak kesehatannya. Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada anak balita (96.44 ± 41.42) sedangkan yang terendah terdapat pada anak remaja (56.54 ± 21.77). Tingkat kecukupan energi contoh termasuk dalam kategori defisit tingkat sedang (74.41 ± 39.27) dan tingkat kecukupan protein contoh termasuk dalam kategori defisit tingkat berat (69.30 ± 34.76). Pola asuh

Tabel 2. Sebaran Pemenuhan Hak Kesehatan Anak Berdasarkan Karakteristik Keluarga, Karakteristik Anak, Status Gizi, dan Pengetahuan Gizi Ibu

| Variabel | Pemenuhan Hak Kesehatan Anak | | | | | | Rataan ± SD | p |
|-------------------------------------|------------------------------|-------|-----------------|------|-------|-------|----------------|-------|
| | Terpenuhi | | Tidak Terpenuhi | | Total | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Usia Anak | | | | | | | | |
| Balita | 18 | 45.0 | 22 | 55.0 | 40 | 100.0 | 96.44±41.42 c | 0.000 |
| Sekolah | 29 | 72.5 | 11 | 27.5 | 40 | 100.0 | 73.87±33.19 b | |
| Remaja | 37 | 92.5 | 3 | 7.5 | 40 | 100.0 | 56.54±21.77 a | |
| Usia Ibu | | | | | | | | |
| 21-25 | 7 | 58.3 | 5 | 41.7 | 12 | 100.0 | 81.49±32.59 a | 0.046 |
| 26-35 | 28 | 60.9 | 18 | 39.1 | 46 | 100.0 | 84.80±44.08 a | |
| ≥36 | 49 | 79.0 | 13 | 21.0 | 62 | 100.0 | 67.67±29.49 a | |
| Pendidikan Ibu | | | | | | | | |
| ≤ SD | 56 | 81.2 | 13 | 18.9 | 69 | 100.0 | 66.00±30.78 a | 0.001 |
| SMP-SMA | 27 | 57.4 | 20 | 42.6 | 47 | 100.0 | 86.06±38.65 a | |
| ≥ D1 | 1 | 25.0 | 3 | 75.0 | 4 | 100.0 | 118.75±52.60 b | |
| Pendapatan Keluarga | | | | | | | | |
| <1 juta | 21 | 84.0 | 4 | 16.0 | 25 | 100.0 | 59.11±26.50 a | 0.025 |
| 1-3 juta | 47 | 67.1 | 23 | 32.9 | 70 | 100.0 | 77.80±36.87 b | |
| >3 juta | 16 | 64.0 | 9 | 36.0 | 25 | 100.0 | 86.01±40.77 b | |
| Jumlah Anak | | | | | | | | |
| < 2 | 15 | 55.6 | 12 | 44.4 | 27 | 100.0 | 91.98±45.30 b | 0.024 |
| 2-4 | 62 | 74.7 | 21 | 25.3 | 83 | 100.0 | 71.71±32.51 ab | |
| >4 | 7 | 70.0 | 3 | 30.0 | 10 | 100.0 | 63.88±34.16 a | |
| Jenis Kelamin Anak | | | | | | | | |
| Laki-laki | 33 | 55.9 | 26 | 44.1 | 59 | 100.0 | 86.64±39.90 a | 0.001 |
| Perempuan | 51 | 83.6 | 10 | 16.4 | 61 | 100.0 | 64.95±29.98 b | |
| Status Gizi | | | | | | | | |
| Sangat kurus | 3 | 100.0 | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 | 57.58±8.10 a | 0.557 |
| Kurus | 10 | 76.9 | 3 | 23.1 | 13 | 100.0 | 66.65±30.88 a | |
| Normal | 58 | 66.7 | 29 | 33.3 | 87 | 100.0 | 78.51±40.06 a | |
| Gemuk | 11 | 78.6 | 3 | 21.4 | 14 | 100.0 | 74.34±17.45 a | |
| Obesitas | 2 | 66.7 | 1 | 33.3 | 3 | 100.0 | 54.59±37.09 a | |
| Pengetahuan Ibu tentang Gizi | | | | | | | | |
| Rendah (<60%) | 36 | 83.7 | 7 | 16.3 | 43 | 100.0 | 62.43±28.11 a | 0.012 |
| Sedang (60-80%) | 39 | 61.9 | 24 | 38.1 | 63 | 100.0 | 82.38±37.70 b | |
| Tinggi (>80%) | 9 | 64.3 | 5 | 35.7 | 14 | 100.0 | 85.69±45.84 b | |

*Rata-rata \pm SD: rata-rata pemenuhan hak kesehatan anak (%) \pm standar deviasi, Uji Duncan: rata-rata dengan simbol huruf sama tidak berbeda signifikan

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 3. Variabel yang Berpengaruh terhadap Pemenuhan Hak Kesehatan Anak dan Status Gizi

| Variabel | Parameter estimate | Partial R-square | p |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|-------|
| Hak Kesehatan Anak | 52.03 | | |
| Intercept | 17.40 | 0.139 | 0.000 |
| Pendidikan ibu (X1) | | | |
| Status Gizi | | | |
| Intercept | 2.93 | | |
| Pemenuhan Hak Kesehatan Anak (Y1) | 0.001 | 0.0001 | 0.579 |

Sumber: Data Primer, 2013

kesehatan contoh termasuk dalam kategori sedang (80.47 ± 15.44) (Tabel 1). Hasil uji ANOVA menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pemenuhan hak kesehatan anak berdasarkan usia anak $p=0.000$ ($p<0.05$) (Tabel 2).

Usia ibu berkisar dari 21 tahun hingga 49 tahun. Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada ibu dengan rentang umur 26 sampai 35 tahun (84.80 ± 44.08). Ibu yang berumur ≥ 36 tahun memiliki pemenuhan hak kesehatan anak terendah (67.67 ± 29.49). Faktor penting yang dapat menentukan keadaan gizi anak yaitu pendidikan orangtua. Terdapat perbedaan pemenuhan hak kesehatan anak berdasarkan pendidikan ibu $p=0.001$ ($p<0.05$). Berdasarkan uji lanjut *duncan*, pemenuhan hak kesehatan anak dengan pendidikan ibu lulusan SD tidak berbeda signifikan dengan pendidikan ibu lulusan SMP/SMA. Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada ibu dengan pendidikan lulusan perguruan tinggi (118.75 ± 52.60) (Tabel 2).

Pemenuhan hak kesehatan anak yang paling tinggi pada kategori pendapatan keluarga berturut-turut adalah >3 juta (86.01 ± 40.77), 1-3 juta (77.80 ± 36.87), dan <1 juta (59.11 ± 26.50). Rata-rata jumlah anak adalah 2-4 orang. Pemenuhan hak kesehatan anak dengan keluarga memiliki jumlah anak kurang dari 2 orang berbeda signifikan dengan keluarga yang memiliki anak lebih dari 4 orang. Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada keluarga dengan jumlah anak kurang dari 2 orang (91.98 ± 45.30) (Tabel 2).

Pemenuhan hak kesehatan anak laki-laki (86.64 ± 39.90) lebih tinggi dari pada anak perempuan (64.95 ± 29.98). Status gizi anak usia balita (0-60 bulan) diolah menggunakan *WHO Anthro* 2005, sedangkan status gizi anak usia sekolah

dan usia remaja diolah menggunakan *WHO Anthro Plus* 2007 dengan menggunakan *cut-off* yang dikategorikan obesitas ($Z\text{-skor} \geq +2$), gemuk ($+1 \leq Z\text{-skor} < +2$), normal ($-2 \leq Z\text{-skor} < +1$), kurus ($-3 \leq Z\text{-skor} < -2$), sangat kurus ($Z\text{-skor} < -3$). Hasil uji ANOVA menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan pemenuhan hak kesehatan anak berdasarkan status gizi $p=0.557$ ($p>0.05$). Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi pada anak yang memiliki status gizi normal (78.51 ± 40.06) (Tabel 2).

Pengetahuan ibu tentang gizi dilakukan melalui wawancara dengan alat bantu kuesioner. Ada 17 soal pengetahuan gizi dengan skor minimal adalah 0 dan skor maksimal adalah 17. Pengetahuan gizi dikategorikan menjadi tiga, yaitu rendah ($<60\%$), sedang ($60\text{--}80\%$), tinggi ($\geq 80\%$). Pemenuhan hak kesehatan anak dengan pengetahuan gizi ibu rendah berbeda signifikan dengan pengetahuan gizi ibu sedang dan tinggi. Anak yang memiliki pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi (85.69 ± 45.84) terdapat pada anak dengan pengetahuan gizi ibu yang tinggi ($>80\%$) (Tabel 2).

Variabel dependen pada penelitian ini adalah pemenuhan hak kesehatan anak (Y_1) dan status gizi (Y_2). Variabel independen pada penelitian ini adalah pendidikan ibu (X_1), pendapatan keluarga (X_2), dan pengetahuan ibu tentang gizi (X_3). Berdasarkan metode *stepwise* diketahui bahwa faktor yang memengaruhi kecukupan energi adalah pendidikan ibu ($p=0.00$). Status gizi tidak dipengaruhi oleh pemenuhan hak kesehatan anak ($p>0.05$) (Tabel 3).

PEMBAHASAN

Pemenuhan hak kesehatan anak balita (96.44 ± 41.42) lebih terpenuhi dibandingkan anak remaja (56.54 ± 21.77). Hal ini sejalan dengan per-

nyataan Spohrer yang menyatakan bahwa saat anak berusia dua tahun pertama, anak cenderung bersikap pasif artinya makanan yang dikonsumsi ditentukan oleh ibu ataupun pengasuhnya. Semakin bertambahnya umur, anak semakin bersikap aktif. Anak dapat menentukan sendiri makanan apa yang dikonsumsi.⁶ Kekurangan gizi pada remaja sering terjadi sebagai akibat pembatasan konsumsi makanan dengan tidak memerhatikan kaidah gizi dan kesehatan. Akibatnya asupan gizi secara kuantitas dan kualitas tidak sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan.⁷

Usia ibu berkisar dari 21 tahun hingga 49 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa usia orang tua tergolong usia yang masih produktif.⁸ Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada ibu dengan rentang umur 26 sampai 35 tahun. Ibu yang tergolong dewasa madya cenderung menerima perannya dengan sepenuh hati.⁸

Demographic and Health Survey di Kamboja tahun 2005 mengungkapkan sebuah hasil penelitian bahwa pendidikan ibu berkaitan dengan status sosial-ekonomi sangat berhubungan terhadap status gizi dan kesehatan anak. Dalam analisis multivariat yang dilakukan pada penelitian tersebut dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan kurangnya risiko untuk melahirkan bayi dengan ukuran kecil ($p < 0.01$), OR: 0.68 untuk pendidikan sekolah dasar dan 0.47 untuk pendidikan sekolah menengah.⁹ Tingkat pendidikan yang rendah akan susah mencerna pesan atau informasi yang disampaikan. Ibu yang berpendidikan rendah akan lebih mudah menerima pesan atau informasi yang disampaikan orang lain karena berdasarkan pengalaman dan budaya yang ada pada masyarakat setempat.¹⁰

Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi anak terdapat pada keluarga dengan pendapatan lebih dari 3 juta. Hal ini sejalan dengan pernyataan Riyadi, menyatakan bahwa rendahnya pendapatan menyebabkan rendahnya daya beli terhadap makanan dan berkurangnya konsumsi pangan keluarga. Kondisi tersebut akan mempengaruhi kesehatan dan status gizi keluarga.⁷ Berdasarkan penelitian Bunaen *et al* terdapat hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi pada murid taman kanak-kanak GMIM Baithani Koha.¹⁹

Pada level rumah tangga, tingkat pendapatan dan kekayaan akan berhubungan dengan akses

terhadap pembelian makanan (daya beli) dan pelayanan kesehatan anak. Semakin tinggi pendapatan maka akan semakin tinggi aksesnya terhadap daya beli makanan yang bergizi, air bersih, pakaian, pengadaan ventilasi dalam rumah, bahan bakar untuk memasak, penyimpanan pangan dan higienitas dan pelayanan kesehatan.⁹

Pemenuhan hak kesehatan anak dengan keluarga memiliki jumlah anak kurang dari 2 orang berbeda signifikan dengan keluarga yang memiliki anak lebih dari 4 orang. Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada keluarga dengan jumlah anak kurang dari 2 orang. Hajian-Tilaki *et al* dalam penelitiannya di Iran terhadap 1000 anak sekolah dasar usia 7-12 tahun bahwa besar keluarga sangat berpengaruh pada jumlah makanan yang harus disediakan. Semakin sedikit jumlah anggota keluarga maka semakin mudah terpenuhi kebutuhan makanan seluruh anggota keluarga atau sebaliknya.¹¹

Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada anak laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian Waloya yang menyatakan bahwa secara rata-rata setiap asupan zat gizi maupun zat gizi lebih tinggi pada subjek laki-laki. Hal ini disebabkan rata-rata aktivitas fisik laki-laki lebih tinggi dibandingkan aktivitas fisik perempuan.¹² Pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada anak yang memiliki status gizi normal. Pemenuhan hak kesehatan anak dengan pengetahuan gizi ibu rendah berbeda signifikan dengan pengetahuan gizi ibu sedang dan tinggi. Anak yang memiliki pemenuhan hak kesehatan anak tertinggi terdapat pada anak dengan pengetahuan gizi ibu yang tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Handarsari *et al* yang menyatakan bahwa ada hubungan tingkat pengetahuan gizi ibu dengan tingkat konsumsi energi. Pada hasil penelitiannya menerangkan bahwa semakin baik pengetahuan ibu diikuti dengan tingkat konsumsi energi yang baik pula.¹³

Pemenuhan hak kesehatan pada anak dipengaruhi oleh pendidikan ibu sebesar 17.40%. Hasil penelitian Madanijah menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara pendidikan ibu dengan pengetahuan gizi, kesehatan, dan pengasuhan anak. Ibu dengan pendidikan yang tinggi cenderung memiliki pengetahuan gizi, kesehatan, dan pengasuhan anak yang baik.¹⁴ Pengetahuan

gizi ibu adalah landasan penting untuk mencukupi *intake* gizi anak. Pengetahuan gizi yang diimplementasikan dalam sikap dan praktik akan mendorong terbentuk pola makan yang baik di dalam rumah tangga.¹⁵ Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi anak memudahkan seseorang menyerap informasi dan mengimplementasikannya ke dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan wanita memengaruhi derajat kesehatan.¹⁶

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Status gizi dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi dan digunakan secara efisien akan tercapai status gizi optimal yang memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin.¹⁷ Menurut Gibson, bahwa konsep terjadinya keadaan gizi mempunyai dimensi yang sangat kompleks. Faktor-faktor yang memengaruhi keadaan gizi yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan.¹⁸

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pemenuhan hak kesehatan anak belum terpenuhi (30%). Pemenuhan hak atas gizi terhadap anak balita lebih terpenuhi dibandingkan anak remaja. Berdasarkan hasil uji ANOVA terdapat perbedaan antara karakteristik keluarga, karakteristik anak, pengetahuan gizi ibu, pola asuh kesehatan dengan pemenuhan hak kesehatan anak. Berdasarkan hasil keseluruhan proses analisis dengan uji regresi berganda yang berpengaruh terhadap pemenuhan hak kesehatan anak yaitu pendidikan ibu. Status gizi tidak dipengaruhi oleh pemenuhan hak kesehatan anak. Saran untuk pemerintah Depok, upaya perbaikan masalah pemenuhan hak kesehatan anak harus menjadi perhatian serius, dengan pemberian edukasi seperti penyuluhan kepada ibu dan keluarga dan pengalokasian anggaran untuk infrastruktur. Saran untuk keluarga, diperlukan upaya untuk meningkatkan pemahaman kesehatan terkait pentingnya gizi seimbang dan pola asuh kesehatan

yang baik. Hal ini dapat dilakukan melalui pemberian edukasi di posyandu dan balai desa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wicaksono B. Situasi Hak atas Kesehatan Anak dalam Konteks Konvensi Hak Anak. Jakarta: Paper Seminar Hak Anak Nasional; 2013.
2. Hartomo. Kebijakan Kota layak Anak. [Internet] 2010; [diakses 30 Oktober 2013]. Available at: <http://www.depok.go.id/02/08/2010/01-berita-depok/kebijakan-kota-layak-anak>.
3. Kota Depok. Fasilitasi dan Advokasi Pengembangan Kota Layak Anak. [Internet] 2011. [diakses 30 Oktober 2013]. Available at: <http://www.depok.go.id/23/08/2011/02-press-release/depok-fasilitasi-dan-advokasi-pengembangan-kota-layak-anak>.
4. Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2013. Dinas Kesehatan Kota Depok. [Internet] 2013. [diakses 30 Oktober 2013]. Available at: <http://dinkes.depok.go.id/wp-content/uploads/Narasi-Profil-Kesehatan-2013.pdf>.
5. Okoroigwe F, Okeke E. Nutrition Status of Pre School Children Aged 2-5 Years in Aguata L. G. A of Anambra State, Nigeria. *International Journal Nutrition Metabolic*. 2009; 1(1).
6. Spohrer FGC. *Community Nutrition: Apply Epidemiologi to Contemporary Practice*. Gaithersburg Maryland: Aspen Publisher; 1996.
7. Riyadi H. *Prinsip dan Petunjuk Penilaian Status Gizi*. Bogor: Jurusan Gizi Masyarakat Sumberdaya Keluarga. Institut Pertanian Bogor; 1995.
8. Hurlock EB. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga; 2000.
9. Miller JE, Rotgers YV. *Mother's Education and Children's Nutritional Status: New Evidence from Cambodia*. *Asian Development Review*. 2009; 26(1): 131-165.
10. Ibrahim M, Rattu A, Pangemanan J. Hubungan antara Karakteristik Ibu dan Perilaku Ibu dengan Riwayat Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) Dini di Wilayah Puskesmas Atinggola Kecamatan Atinggola Kabupaten Gorontalo Utara. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat Sam Ratulangi*. 2015;

- 5(2): 294-301.
11. Hajian-Tilaki KO, Sajjadi P, Razavi A. Prevalance of Overweight and Obesity and Associated Risk Factors in Urban Primary-School Children in Badol, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2011; 2: 109-114.
 12. Waloya T, Rimbawan, Andarwulan N. Hubungan antara Konsumsi Pangan dan Aktivitas Fisik dengan Kadar Kolesterol Darah Pria dan Wanita Dewasa di Bogor. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2013;8(1): 9-16.
 13. Handarsari E, Rosidi A, Widyaningsih J. Hubungan Pendidikan Gizi Ibu dengan Tingkat Konsumsi Energi dan Protein Anak TK Nurul Bahri Desa Wukir Sari Kecamatan Batang Kabupaten Batang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2010;6: 79-88.
 14. Madanijah S. Model Pendidikan “GI-PSI-SEHAT” bagi Ibu serta Dampaknya terhadap Perilaku Ibu, Lingkungan Pembelajaran, Konsumsi Pangan, dan Status Gizi Anak Usia Dini [Disertasi]. Bogor: Institut Pertanian Bogor; 2003.
 15. Khomsan *et al*. Growth, Cognitive Development and Psychosocial Stimulation of Pre-school Children in Poor Farmer and Non Farmer Householding. Bogor: Penelitian Neys van Hoogtraten Foundation; 2011.
 16. Atmarita, Fallah TS. Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat. di dalam: Soekirman, Seta AK, Pribadi N, Martianto D, Ariani M, Jus’at I, Hardinsyah, Dahrulsyah, Firdausy CM, editor. *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII: Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Jakarta: LIPI; 2004.
 17. Almtsier S. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2001.
 18. Gibson. *Principles of Nutritional Assesment*. New York: Oxford University Press; 2005.
 19. Bunaen MRH, Wahongan G, Onibala F. Hubungan Sosial Ekonomi Keluarga dengan Status Gizi pada Anak Usia Pra Sekolah 3-5 Tahun di Taman Kanak-Kanak GMIM Baithani Koha. *Jurnal Keperawatan*. 2013;1(1): 1-6.